



*Washington State*  
**Department of Social  
& Health Services**

# ផែនការទទួលខុសត្រូវនៃបញ្ជីល (IRP) INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

ផែនការទទួលខុសត្រូវនេះគឺជាផ្លូវការរបស់ WorkFirst សំរាប់

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

ຂໍ້ມູນ



XH – ការគ្រប់ជំនួយ

ចាប់ពីថ្ងៃទី \_\_\_\_\_ ខែរោល់ \_\_\_\_\_, ខំយល់ប្រាមដើម្បីចូលរួមចិន្ទនក \_\_\_\_\_ ដោយអ្នកឈ្មោះ \_\_\_\_\_ តុកធនការនៃសាសនកម្ពុជាតារាណដើម្បី ដោយការគ្រប់គ្រងការងារជាអ្នកប្រើប្រាស់នៅក្នុងសាខាដែលបានបង្កើតឡើងឡើងទៅបាន។

ຮາຍເກົ່າຕົກສຳດັ່ງເປົ້າໃນບະລິບຸຊ໌ ເທິເຍືອີ້ນຂໍ້ຕິດທິດກູ່ໄຜດຕາ ໃຫຍໍາມາດຕະຖານາຢ່າງດີ່ເປົ້າ

ខ្ញុំនឹងរក្សា ដូចតិមានទៅញូនាយកគ្រប់គ្រិងមួយនឹង WorkFirst របស់ខ្លួនឯងធ្វើការដើរដីកសដ្ឋានកិច្ច នូវការងារដែលស្ថិតនៅភាពបេស់ខ្លួន ហើយនឹងផ្តល់ជំនួយគេទូរសព្ទអ្នកគាំទាមទារ នៃទំនាក់ទំនុវត្តន៍រាល់ដែលស្ថិត ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបានរក្សាទានក្រប់ពេលកំណត់ការណែនាំដោយប្រុងប្រឹងជាន់អស់ បំពេញគ្រប់ការគេក្រោមរក្សាសកិច្ចការ ដូលមួយគ្រប់នៃកសាងគេក្រោម តាំងអស់ ។

ការគគខានមិនបានធ្វើដោយខ្លួន ត្រូវបានរាយការណ៍ដែលចូលរួមទៅក្នុងក្រសួង

ការមេិលបែងទំនួននិងការដឹកនាំត្រូវបានលើកយកមកនិយាយ ។

- ឧចិនធានទេរាប្បុសរមតាមការណាតែដូច ដោយសារពេលបានធ្វើ ឬគ្មានអ្នកដែលទាំងទីនរបស់ខ្លួនគាយាដីនីមួយៗដែលជិះដោយចែងឯក;
  - ឧបានស្ថានភាពបន្ទាន់អាសន្នផ្តុក (ទូររាងកាយ, ផ្លូវធម្មបង្កើរអាមេរិក, បុគ្គលិកធម្មបង្កើរអាមេរិក);
  - ឧជាអ្នកនិងក្រោចេះទេសារហិរញ្ញវត្ថុ;
  - ឧចិនអារម្មណក្នុងដែកឈានតំបន់ថ្ងៃការ, សម្រាយក្រឹតម្រូវនៅក្នុងកំបងីខ្លួនសំរាប់ក្នុងដែលបានអាយុក្រោម 13 ឆ្នាំ;
  - ឧបានបញ្ហាដែកចំណាំដែលក្រោរការបន្ទាន់;

<ul style="list-style-type: none"> <li>ខ្ញុំមានពិការភាព បូជមិច្ចិយចំនួន ហើយបញ្ជារោងរាយដែលបានបញ្ជាក់ថា តាមសេចក្តីក្នុងរបស់ក្រសួង; បើ</li> <li>ខ្ញុំជាមួយស្ថាបន្ទាយដែលមានពិការភាពធ្លៀនគ្នានឹងវារំណែង;</li> <li>ខ្ញុំត្រូវការអ្នកសំរាប់ក្នុងតាមដំឡើងដែលមានលេខកូដត្រូវការពិនេស បូជមិច្ចិយដែលមានពិការភាព;</li> <li>ខ្ញុំមានអាយុ 55 ឆ្នាំ បូទាស់ជាន់ និងកំពុងដែលមានអាយុ 55 ឆ្នាំដែលមានពិការភាព; បើ</li> <li>ខ្ញុំជាក់តាក្យសំដើរ SSI ពិនិត្យការវិនិច្ឆ័យ DSHS ។</li> </ul> <p>ខ្ញុំសិនជានូវធម៌សំបុត្រភាពនៃការនេះទេ ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្ថើសំដើរការពិនិត្យក្នុងរឿង និងបូស្ថើសំដើរទៅការ ។ ដើម្បីស្ថើសំដើរទៅការ ខ្ញុំត្រូវតែទងទៅការិយាល័យ ដែលត្រូវសេវាសហគមន៍ បូទេរការិយាល័យដែលអ្នកសេវាផ្លូវការនៅតាម Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488, នៅក្នុងរាង 90 ផ្ទះបាប់ការពិនិត្យដែលអ្នកចាត់ការសំណុំរួចរាល់ក្នុងរបស់ខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាដោយក្រុមហ៊ុន ។ គេបានឱ្យក្រុមហ៊ុនចុះហត្ថលេខាដោយក្រុមហ៊ុន ។</p>			
--	--	--	--

